

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

加茂市長 殿

(被接種者)※申請者が記入

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

|             |  |       |       |
|-------------|--|-------|-------|
| ワクチンの種類     | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価 HPV ワクチン(サーバリックス) |       |       |
|             | <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価 HPV ワクチン(ガーダシル)   |       |       |
| 予防接種を受けた年月日 | 1回目  | ロット番号 | 接種量   |
|             | 接種年月日  |       | 0.5ml |
|             | 年 日  |       |       |
|             | 月 日  |       |       |
|             | 2回目  | ロット番号 | 接種量   |
|             | 接種年月日  |       | 0.5ml |
| 年 日         |  |       |       |
| 月 日         |  |       |       |
| 3回目         | ロット番号  | 接種量   |       |
| 接種年月日       |  | 0.5ml |       |
| 年 日         |  |       |       |
| 月 日         |  |       |       |

医療機関名

印